

# SCHOOL BOARD OF POLK COUNTY

P.O. BOX 391  
BARTOW, FLORIDA 33831

(863) 534-0500

1915 SOUTH FLORAL AVENUE  
BARTOW, FLORIDA 33830

## Board Members

BOARD CHAIR  
KAY FIELDS  
DISTRICT 5

FRANK J. O'REILLY  
DISTRICT 1

LORI CUNNINGHAM  
DISTRICT 2

HAZEL SELLERS  
DISTRICT 3

DICK MULLENAX  
DISTRICT 4

DEBRA S. WRIGHT  
DISTRICT 6

TIM HARRIS  
DISTRICT 7

C. WESLEY BRIDGES, II  
General Counsel

**Administration**  
SHERRIE B. NICKELL, Ed.D.  
Superintendent

Estimado Padre/Guardián:

Para poder garantizar la seguridad y la salud estudiantil, la Junta Escolar del Condado de Polk ha establecido una política para la administración de medicamentos durante horas escolares.

Si su hijo/a necesita tomar cualquier tipo de medicina durante horas escolares, incluyendo medicamentos que se compran sin receta, usted tiene las siguientes opciones.

1. Usted, o un **adulto designado** por usted por escrito, puede venir a la escuela y darle el medicamento a su hijo/a. El/la para-profesional o contacto de salud de la clínica de la escuela no puede ser designado/a para esta responsabilidad.

O

2. Usted puede obtener una copia del formulario de Autorización para Medicamentos/ Tratamiento en la escuela de su hijo/a y llevarla al proveedor de salud de su hijo/a (médico). Este formulario debe ser llenado y firmado por el médico o su designado y por el padre/tutor. Una vez completado, devuelva este formulario a la escuela de su hijo/a. El medicamento se le podrá dar en la escuela solamente cuando el formulario de Autorización para Medicamentos esté en archivo. Los padres de estudiantes que requieren el uso de un inhalador o EpiPen o requieren prueba de glucosa o medicamentos para diabetes o requieren suplementos de enzimas pancreáticas deben hablar con su médico para que añada una nota en la Autorización para Medicamentos/Tratamiento de que el estudiante necesita cargar el medicamento consigo para que esté disponible para su uso.

O

Usted puede discutir con su médico o su designado un horario o itinerario para darle el medicamento a su hijo/a fuera de horas escolares.

**Al personal escolar no se le permite dar ningún medicamento a los estudiantes a menos que hayan recibido el formulario de Autorización para Medicamentos/Tratamiento completada adecuadamente y firmada por usted y el médico del niño/a o su designado. Se requiere un nuevo formulario de autorización al inicio de cada año escolar y en cualquier momento en que los medicamentos o la dosis sean cambiados.**

**SOLO** un adulto puede transportar los medicamentos hacia y de la clínica escolar. Los medicamentos recetados deben ser recibidos en el envase actual de la farmacia con el nombre de su hijo/a en la etiqueta. Los medicamentos que se compran sin receta deben ser recibidos en su envase original con el nombre de su hijo/a en la etiqueta. Los medicamentos que necesitan ser divididos, deben dividirlos ya sea en la casa o por el farmacéutico antes de traerlos a la escuela. No se le permite a los/las ayudantes de la clínica escolar dividir los medicamentos.

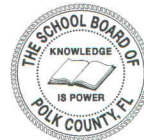
Para su conveniencia, una copia de la Autorización para Medicamentos/Tratamiento está impresa en la parte de atrás de esta carta. Lleve una copia de esta forma con usted siempre que lleve a su hijo/a al doctor. Este formulario de autorización también puede obtenerse en la Internet @ [www.polk-fl.net](http://www.polk-fl.net).

Si tiene alguna pregunta, favor de comunicarse con la escuela de su hijo/a o llamar a los Servicios de Salud Escolar del Condado de Polk al 291-5355.

Gracias por su cooperación.

Rev. 4-11

# Autorización para Medicamentos /Tratamiento



Revisado 5-09

**La siguiente sección debe ser completada y firmada por el PADRE:**

**Debe** completarse una nueva autorización al iniciar cada año escolar o en cualquier momento que se cambia una dosis.  
Todos los medicamentos y/o equipo o materiales para el tratamiento deben ser provistos por los padres.

Nombre del Niño/a					
	Apellido	Nombre	Sexo	Grado	Fecha de Nac.
Nombre del Médico		Dirección	Teléfono de Emergencia		

Por este medio autorizo al médico anotado arriba y a las Escuelas del Condado de Polk/Departamento de Salud del Condado de Polk a divulgar recíprocamente información de salud en forma verbal, escrita, por fax o electrónica con relación al/a la niño/a mencionado arriba con el propósito de darle el medicamento o tratamiento necesario mientras está en la escuela. Entiendo que el Distrito Escolar del Condado de Polk protege y asegura la privacidad de la información de salud del estudiante según lo requiere la ley federal y estatal y en todas las formas de registro, incluyendo, pero no limitado a, aquellos que son orales, escritos, por fax o electrónicos.

Pido que personas autorizadas de la escuela ayuden a mi hijo/a al tomar las medicinas o el tratamiento descrito en la parte de abajo según sea permitido por mí y el medico. (vea abajo)

Fecha	Firma del Padre/Tutor	Teléfono del Hogar	Teléfono de Emergencia

**The following section is to be completed by the PHYSICIAN: (Para ser completado por el MÉDICO)**  
*(ONLY ONE medication or treatment per form)*

Diagnosis for which medication is given: \_\_\_\_\_

Name of medication or treatment: \_\_\_\_\_

Form: \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_

If medication or treatment is to be given at school, at what time? \_\_\_\_\_

If medication or treatment is to be given "When needed", describe indications: \_\_\_\_\_

How soon can it be repeated? \_\_\_\_\_

List significant side effects: \_\_\_\_\_

Length of time medication / treatment is recommended: \_\_\_\_\_

**Other information:**

		<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Place Office Stamp Here</div>
Date	Physician's/Mid-level Practitioner's Signature	

*Adapted from the American College of Allergists*